

VD_GERICHTE ZD22.035088 vom 28. November 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-11-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.035088

FR: VD_GERICHTE ZD22.035088 du 28 novembre 2023

IT: VD_GERICHTE ZD22.035088 del 28 novembre 2023

Erwägungen

E. 4

a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

- 12 - c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI). Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces

dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d). d) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4). e) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la

- 13 - personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

E. 5

a) Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procès équitable au sens de l'art. 29 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), le droit d'être entendu garantit notamment à chacun le droit de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, d'avoir accès au dossier, de prendre connaissance de toute argumentation présentée à l'autorité et de se déterminer à son propos, dans la mesure où il l'estime nécessaire, que

- 14 - celle-ci contienne ou non de nouveaux éléments de fait ou de droit, et qu'elle soit ou non concrètement susceptible d'influer sur le jugement à rendre (ATF 142 III 48 consid. 4.1.1 ; 139 I 189 consid. 3.2 et références citées). b) Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant

sur le fond. Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée – à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 127 V 431 consid. 3d/aa).

E. 6

a) Le recourant reproche à l'intimé d'avoir violé son droit d'être entendu, en lui refusant une prolongation de délai de cinq mois, aux fins de produire une expertise privée et déposer ses objections à l'encontre du projet de décision du 11 décembre 2021. b) A teneur de l'art. 57a al. 1 LAI, au moyen d'un préavis, l'office AI communique à l'assuré toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations, ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée, ainsi que toute décision qu'il entend prendre au sujet d'une suspension à titre provisionnel des prestations. Selon l'al. 3 de cette disposition (en vigueur depuis le 1er janvier 2021 à la suite de la modification de la LPGA ; RO 2020 5143), les parties peuvent faire part de leurs observations concernant le préavis dans un délai de 30 jours. Le message du Conseil Fédéral du 2 mars 2018 concernant la modification de la LPGA (FF 2018 1597) rappelle que les mesures de simplification de la procédure de l'AI, entrées en vigueur le 1er juillet 2006, ont réintroduit le préavis dans l'AI. Le délai de 30 jours accordé pour le contester a été réglé dans ce cadre à l'art. 73ter al. 1 RAI. Selon l'ATF 143 V 71, le délai fixé au niveau de l'ordonnance ne pouvait pas être prolongé.

- 15 - Il ressortait cependant clairement de travaux préparatoires que telle n'était pas la volonté du législateur. Il importait donc d'inscrire dans la loi, à l'occasion de la révision de la LPGA, que ce délai de 30 jours ne pouvait être prolongé. Le Conseil fédéral a retenu que, d'une part, le préavis avait été mis en place dans le contexte de la simplification de la procédure. Or, si ce délai restait réglementé dans le RAI et que le Tribunal fédéral estimait finalement qu'il s'agissait d'un délai judiciaire, cela irait à l'encontre de l'objectif visé et risquerait même de prolonger la procédure. D'autre part, la contestation du préavis n'était pas soumise à une grande exigence formelle (elle pouvait par exemple aussi se faire oralement). En outre, un délai absolu de 30 jours ne semblait pas non plus problématique pour ce qui était de la protection du droit des assurés, étant donné qu'ils avaient également la possibilité de faire recours contre la décision dans un délai de 30 jours après que celle-ci leur avait été communiquée. Le Conseil fédéral a dès lors conclu que le délai devait être inscrit à l'al. 3 de l'art. 57a LAI (cf. Message du Conseil fédéral précité ; FF 2018 1636 et 1637). c) En l'occurrence, il est établi que le délai de 30 jours, désormais inscrit à l'art. 57a al. 3 LAI, est un délai légal et qu'il est de ce fait non prolongeable. On ne saurait par conséquent reprocher à l'intimé d'avoir refusé au recourant une troisième prolongation de délai, à hauteur de cinq mois supplémentaires, alors qu'il avait déjà bénéficié de deux prolongations, la seconde arrivant à échéance le 30 avril 2022. Le recourant avait au demeurant annoncé initialement la production de « rapports médicaux », pour finalement n'annoncer qu'à fin avril 2022 qu'il entendait requérir une expertise privée. Il lui aurait au demeurant été loisible de produire ces éléments dans le cadre de la présente procédure, étant rappelé que le projet de décision a été rendu le 11 décembre 2021, et que depuis le dépôt de son recours il aurait pu sans difficulté obtenir les compléments annoncés (qu'il s'agisse de rapports médicaux ou d'une expertise privée), étant constant que la Cour de céans est dotée d'un plein pouvoir d'examen. Le droit d'être entendu du recourant a donc bien été respecté in casu.

E. 7

En l'espèce, le recourant conteste la valeur probante de l'expertise de la Clinique V._____, et l'existence d'une capacité de travail, estimant cette expertise « totalement erronée, en ce sens que [ses] atteintes somatiques empêchent en réalité toute activité professionnelle ». a) Le recourant n'étaye toutefois pas son propos. Il n'indique en particulier nullement dans ses écritures pour quels motifs l'expertise de la Clinique V._____ serait dénuée de valeur probante, ni ne produit de pièce qui serait propre à en remettre en cause les conclusions. En outre, et alors même que la Cour de céans dispose d'un plein pouvoir d'examen, le recourant a délibérément choisi qu'il adresserait uniquement à l'OAI « le rapport médical qu'il entendait produire par devant » lui. Aussi, force est de constater qu'il n'a pas motivé son grief selon lequel l'expertise serait erronée. b) Quoi qu'il en soit, le recourant ne pourrait être suivi. L'expertise a en effet été rédigée après qu'il a été examiné par chacun des quatre experts, à l'occasion d'entretiens distincts qui ont été réalisés les 18 et 19 mai 2021. Les experts ont listé les pièces du dossier, relaté les plaintes de l'expertisé, établi son anamnèse, puis procédé à un examen complet à l'issue duquel ils se sont prononcés sur la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. Les experts ont enfin rédigé une appréciation consensuelle au sein même du volet d'expertise rédigé par le Dr Z._____, expert rhumatologue. Le rapport d'expertise comporte ainsi bien les quatre volets sollicités par l'OAI, contrairement à ce que soutient le recourant. Dans leur rapport, les experts ont retenu les diagnostics de status post-discectomie antérieure C4-C5 et C5-C6 et de gonarthrose droite modérée, avec effet sur la capacité de travail. Ils ont également posé les diagnostics de diabète de type II non insulino-requérant, d'obésité de grade 2, de dyslipidémie, de syndrome d'apnée du sommeil appareillé, de difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés à un enfant et de difficultés en lien avec un parent en charge à domicile nécessitant des

- 17 - soins, sans effet sur la capacité de travail. L'examen neuropsychologique avait mis en évidence de légères difficultés de mémoire à court terme verbale et à une épreuve de reconnaissance en mémoire épisodique visuelle. L'experte psychiatre, en particulier, a expliqué de manière détaillée les raisons pour lesquelles elle a écarté les diagnostics de troubles dissociatifs avec personnalités multiples, d'état de stress post-traumatique, de trouble dépressif récurrent, d'antécédents de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool et de troubles de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive. Elle a exposé qu'il n'avait aucun argument orientant vers un trouble dissociatif, le comportement et le discours de l'assuré ayant été adaptés durant la totalité de l'évaluation. Les voix décrites par l'intéressé semblaient au demeurant plus correspondre à la perception et à la description de sa pensée tandis que les rares épisodes rapportés comme l'impression d'entendre de la musique ne pouvaient en aucun cas être liés à un quelconque trouble psychotique chronique. Par ailleurs, si l'assuré présentait des éléments du registre post-traumatique comme des cauchemars à répétition concernant son enfance depuis le début de l'âge adulte, la symptomatologie actuelle ne permettait pas de retenir le diagnostic d'état de stress post-traumatique : le facteur de stress n'était pas constamment remémoré en dehors des cauchemars et aucun évitement ou tendance à l'évitement n'était retrouvé. Il n'y avait pas non plus de symptôme persistant traduisant une hypersensibilité psychique et une hypervigilance en dehors des troubles du sommeil. Sur le plan de l'humeur, l'intéressé ne présentait aucun des critères cardinaux de la dépression. Il n'y avait pas d'élément pour

retenir un quelconque diagnostic en lien avec une dépendance, l'assuré ne présentant plus de consommation excessive d'alcool depuis 2013. Enfin rien n'indiquait la présence d'un quelconque trouble de la personnalité chez l'assuré qui avait pu travailler de façon régulière pendant de nombreuses années et maintenir une cellule familiale stable. Sur le plan de la capacité de travail, les experts ont admis qu'au vu de la limitation de mobilité cervicale et de la gonarthrose, l'activité de serveur en restaurant pouvait être reprise avec une incapacité

- 18 - de 30 % en raison des limitations fonctionnelles suivantes : ne pas effectuer de travaux répétés ou soutenus en extension ou en rotation du rachis cervical, ne pas porter de charges excédant 10 kg, monter et descendre les escaliers ou des échelles, travailler en position accroupie ou à genoux, horaires fixes en raison du diabète mal équilibré. En revanche, dans toute activité professionnelle respectant ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail était entière et ce depuis le 1er janvier 2018, soit un an après l'intervention chirurgicale rachidienne. De légères limitations pouvaient être retenues sur le plan neuropsychologique lors de tâches sollicitant les capacités de reconnaissance d'informations visuelles, occasionnant une légère diminution de la capacité de travail de l'ordre de

E. 10

% dans des activités soumises à un stress important ou lors de tâches requérant un niveau d'exigences très élevé. L'assuré n'était pas limité pour des raisons psychiques dans la mise en pratique de ses compétences dans sa vie quotidienne, familiale et professionnelle quel que soit le poste de travail. En tant qu'il se fonde sur l'entier des pièces du dossier et l'examen de l'assuré, liste ses plaintes, contient une anamnèse détaillée, évalue la cohérence et la plausibilité, contient une évaluation consensuelle et des conclusions claires et étayées, le rapport d'expertise du 26 mai 2021 remplit les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. c) S'agissant ensuite de l'allégation du recourant selon laquelle l'expertise apparaît « très orientée assureur et pas objective », elle n'est pas non plus motivée. L'OAI a par ailleurs suivi la procédure idoine de désignation des experts. Il est en outre de jurisprudence constante que le fait qu'un expert, médecin indépendant, ou une institution d'expertise sont régulièrement mandatés par un organe de l'assurance sociale, le nombre d'expertises ou de rapports confiés à l'expert, ainsi que l'étendue des honoraires en résultant ne constituent pas à eux seuls des motifs suffisants pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité de l'expert (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3; TF 9C_343/2020 du - 19 - 22 avril 2021 consid. 4.3 ; 9C_635/2018 du 5 décembre 2018 consid. 3 et 4). Infondé, le grief doit par conséquent être écarté. d) Dans ces conditions, l'OAI pouvait se fonder sur les conclusions de l'expertise des médecins de la Clinique V. _____ du 26 mai 2021, et pouvait ainsi retenir que le recourant présente une capacité de travail de 90 % dans une activité adaptée dès le 1er janvier 2018. 8. a) Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la partie recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). d) S'agissant du montant de l'indemnité due au conseil d'office,

elle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). En l'espèce, selon la liste des opérations communiquée le 29 août 2023, Me Duc a chiffré à 7 heures et 50 minutes le temps consacré au dossier du recourant. Ces opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Duc est arrêtée à 1'594 fr. 50, TVA par 114 fr. et débours par 70 fr. 50 compris.

- 20 - La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant des frais de justice et de l'indemnité d'office dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.